



บทที่ 1

บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากอดีตถึงปัจจุบันหลายสิ่งหลายอย่างในโลกได้แปรเปลี่ยนสภาพไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจริญก้าวหน้าทางวัตถุ ซึ่งเป็นผลมาจากการนำวิทยาการ และ เทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้เพื่อความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต ประกอบกับคนในสังคม ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว การดำเนินชีวิตจากเดิมที่เคยเอื้อเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ในครอบครัวหรือการช่วยเหลือกันระหว่างเพื่อนบ้านที่มีอยู่เดิมได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นรูปแบบที่ ต่างคนต่างต้องพึ่งตนเอง การให้เวลาในการเลี้ยงดูเด็กก็ลดน้อยลง พ่อแม่ขาดการเอาใจ ใส่และไม่เข้าใจเด็ก ชีวิตขึ้นอยู่กับการแข่งขันเพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ตนต้องการ และอาจนำไปสู่การประพฤติกฎปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องขาดศีลธรรมจรรยาในจิตใจ จนก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพจิตของประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นได้จากปัญหาต่าง ๆ ทางสังคมอันได้แก่ ปัญหาอาชญากรรม , การติดสุรา , ยาเสพติด , โสเภณี , ปัญหาเด็กและเยาวชน , การฆ่าตัวตาย , การอพยพย้ายถิ่นเข้ามาหาเงิน , การว่างงาน เป็นต้น จากสภาพปัญหาสังคมที่ก่อให้เกิดความกดดันดังกล่าว ทำให้สมาชิกในสังคมต้องปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้น ผู้ที่สามารถปรับตัวได้ก็จะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข แต่ยังมีบุคคลบางกลุ่มที่เผชิญกับปัญหาต่าง ๆ แล้วไม่สามารถปรับตัวได้จนก่อให้เกิดความผิดหวัง ท้อแท้ เศร้าใจอย่างรุนแรง และอาจนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคมและโลกภายนอก โดยพยายามที่จะสร้างโลกของตัวเองขึ้นมาทดแทน (fantasy) เพื่อชดเชยกับสิ่งที่ไม่ได้รับจากสภาพความเป็นจริง จนนำไปสู่การป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

“ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2525-2529) ภาวะความแปรปรวนทางจิตจัดเป็นหนึ่งในสิบลำดับแรกของสาเหตุการป่วยของผู้มารับบริการสาธารณสุข แม้ว่าจะมีอัตราการตายต่ำ แต่ภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่ ครอบครัวจึงต้องรับภาระหนักในการเลี้ยงดูและจัดหาสิ่งจำเป็นต่างๆ ในการดำรงชีวิตอันจะเป็นผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ” Beers ได้กล่าวไว้ว่า “โรคจิตเป็นโรคที่ป้องกันได้เช่นเดียวกับโรคฝ่ายกาย และการป้องกันจะได้ผลดีกว่าการรักษา” ดังนั้น ถ้าสังคมให้ความสนใจและช่วยกันรณรงค์อย่างหนักโดยเฉพาะในด้านการให้ความช่วยเหลือในระยะต้น ๆ และเมื่อป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทแล้วควรจะได้รับ การบำบัดรักษาที่ถูกต้อง รวมทั้งการได้รับความเห็นใจช่วยเหลือจากญาติมิตรและชุมชนอีกแรงหนึ่งซึ่งจะช่วยผู้ป่วยได้มาก

“จากการรายงานของกองสุขภาพจิตพบว่า ในปี พ.ศ. 2529 มีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคจิตและภาวะแปรปรวนทางจิตทั่วประเทศจำนวน 39,673 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.3 ของกลุ่มโรคต่าง ๆ “ในขณะที่เคยรับผู้ป่วยทั่วประเทศมีจำนวน 7,639 เพียง คิดเป็นอัตราส่วนระหว่างเตียงต่อประชากร 10,000 คน เท่ากับ 1.45 และ”โรคหนึ่งในกลุ่มโรคจิตและภาวะ

---

“อุดม ลักษณ์วิจารณ์, บรรณาธิการ, โรคจิตและภาวะแปรปรวนทางจิต MENTAL DISORDERS ปีงบประมาณ 2525-2529 (กรุงเทพมหานคร : ธนวิรัชการพิมพ์, 2531), หน้า 17.

“อรุณ ภาคสุวรรณ, “ปัญหาทางสุขภาพจิต,” วารสารสมาคมสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (มกราคม 2514): 7.

“อุดม ลักษณ์วิจารณ์, บรรณาธิการ, โรคจิตและภาวะแปรปรวนทางจิต MENTAL DISORDERS ปีงบประมาณ 2525-2529 , หน้า 13.

“กิติกร มีทรัพย์, บรรณาธิการ, รายงานประจำปีกองสุขภาพจิต 2530 (กรุงเทพมหานคร : ธนวิรัชการพิมพ์, 2531), หน้า 43.

“เรื่องเดียวกัน, หน้า 54-57.

แปรปรวนทางจิตที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่ขึ้นกับกองสุขภาพจิตนั้นพบว่าโรคจิตเภท (Schizophrenic Psychoses) มีจำนวนทั้งหมด 4,176 คน เป็นชาย 2,502 คน หรือร้อยละ 59.9 เป็นหญิง 1,674 คน หรือร้อยละ 40.1 จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 6,372 คน เป็นชาย 3,814 คน หรือ ร้อยละ 59.9 เป็นหญิง 2,558 คน หรือร้อยละ 40.1 ซึ่งจากตัวเลขดังกล่าวพบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคนี้จำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของโรคจิตและภาวะแปรปรวนทางจิตที่ระยะเริ่มแรกของโรคมักเกิดในวัยรุ่น และมีอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสูงในช่วงอายุ 15-50 ปี ซึ่งผู้ป่วยในวัยนี้เป็นวัยที่จะเจริญไปเป็นกำลังในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติได้กลับจะต้องมาสิ้นอนาคตลงเพราะการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาเมื่อแสดงอาการรบกวนบุคคลใกล้เคียงหรือสังคม ดังนั้น การที่จะนำผู้ป่วยมาถึงมือแพทย์เพื่อทำการบำบัดรักษาหรือให้บริการที่ถูกต้องจึงล่าช้าไปกว่าที่ควรจะเป็นจึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยอย่างเรื้อรัง ซึ่งถือเป็นปัญหาใหญ่ของโรงพยาบาลที่จะต้องหาทางแก้ไข และเนื่องจากผู้ป่วยเรื้อรังมักจะถูกปฏิเสธการดูแลจากครอบครัวและสังคมทำให้มีผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมากตกค้างอยู่ในโรงพยาบาล จึงเป็นภาระของโรงพยาบาลที่จะต้องให้การเลี้ยงดูและให้การบำบัดรักษาต่อไป ด้วยเหตุนี้ทำให้โรงพยาบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากซึ่งถือเป็นงบประมาณที่สูญเสียไปโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนน้อยมาก เพราะผู้ป่วยเรื้อรังเหล่านี้ไม่สามารถจะช่วยเหลือหรือสร้างสรรค์ประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้ ซึ่งถือเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก อีกทั้งการที่โรงพยาบาลมีหน้าที่ที่จะต้องให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยเป็นจำนวนมากเช่นนี้ ทำให้งานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตอันเป็นนโยบายของแผนงานสุขภาพจิตเป็นไปได้ยาก เนื่องจากอัตรากำลังของบุคลากรเกือบทั้งหมดจะต้องมาทำงานเน้นหนักไปในด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพมากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต

จากรายงานประจำปีของกองสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2531 พบว่า ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลมากกว่า 5 ปีมีจำนวนถึงร้อยละ 24 ในขณะที่เคสหนึ่ง ๆ สามารถรับผู้ป่วยตลอดปี

เฉลี่ยแล้วจำนวน 4 คน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นจะต้องหาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ , ปลอดภัยและช่วยลดระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลให้สั้นลง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้โดยเร็ว อีกทั้งยังช่วยให้มีเตียงว่างพอที่จะให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชรายอื่นที่มีความจำเป็นต่อไป

ในปัจจุบันการรักษาทางจิตเวชแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ

1. การรักษาทางกาย (somatic treatment) ได้แก่

- การรักษาด้วยยา เช่น ยารักษาโรคจิต , ยารักษาอาการเศร้า , ยาคลายกังวล , ยานอนหลับ เป็นต้น
- การรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้า หรือ "การรักษาด้วยไฟฟ้า"
- การผ่าตัดสมองเพื่อรักษาความผิดปกติทางจิตใจ
- อื่น ๆ เช่น การรักษาโดยการใช้อินซูลินทำให้โคม่า , การฝังเข็ม , การผูกมัด เป็นต้น

2. การรักษาทางจิต (psychological treatment) ได้แก่

- จิตบำบัด (psychotherapy)
- จิตวิเคราะห์ (psychoanalysis)
- จิตบำบัดเชิงวิเคราะห์ (psychoanalytic psychotherapy)
- พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy)

ศูนย์เวชศาสตร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>7</sup>Kaplan, H.I., and Sadock, B.J., Comprehensive Text Book of Psychiatry V, 5 th ed. (Baltimore : Williams & Wilkins Co., 1989), pp. 1442-1681.

<sup>8</sup>ชุกิตย์ ปานปรีชา, และ คณะ, คัมภีร์จิตเวช (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย), ครั้งที่ 1 (กรุงเทพมหานคร : ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 2531), หน้า 21.

- จิตบำบัดชนิดมุ่งความสำคัญที่ผู้ป่วย (client-centered psychotherapy)
  - การสะกดจิต (hypnosis)
  - กลุ่มจิตบำบัด (group psychotherapy)
  - ละครเพื่อจิตบำบัด (psychodrama)
  - ครอบครัวบำบัด (family therapy)
  - การบำบัดคู่สมรส (marital therapy)
  - อื่น ๆ เช่น การบำบัดในภาวะวิกฤติ (crisis therapy) เป็นต้น
3. การรักษาทางสังคม (social or milieu therapy) ได้แก่
- การรักษาที่เน้นสภาพแวดล้อมและบรรยากาศ (milieu therapy)
  - อาชีวบำบัด (occupational therapy)
  - บ้านกึ่งวิถี (halfway house)
  - อื่น ๆ

การช็อคด้วยไฟฟ้าก็เป็นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทวิธีหนึ่งซึ่งเริ่มมีมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1938 โดย Cerletti และ Bini<sup>10</sup> ซึ่งมีความเชื่อว่าอาการทางจิตจะดีขึ้นหลังจากการชก จึงได้มีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการนำกระแสไฟฟ้าขนาดต่ำ ๆ มากกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดจากการชกเป็นครั้งแรก ผลปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น หลังจากนั้นไม่นานวิธีการรักษาดังกล่าวก็ได้แพร่หลายและเป็นที่นิยมใช้กันอย่างมาก จนกระทั่งมีจิตแพทย์บางคนนำวิธีการดังกล่าวไปใช้โดยไม่มีกฎเกณฑ์จึงทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร และได้มีการรายงานถึงผลเสียที่เกิดขึ้นจนมีผลทำ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>10</sup>Impastato, D.J., "The story of first electroshock treatment," American Journal of Psychiatry 116(1960): 1113-1114.

<sup>11</sup>Sandford, J.L., "Electric and convulsive treatments in psychiatry," Diseases of the Nervous System 27(1966): 333-338.

ให้ความนิยมการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ลดน้อยลงไป "ต่อมาในปี ค.ศ. 1955 Lehmann ได้มีการแนะนำให้มีการใช้ยาต้านโรคจิต (neuroleptics) แทนการรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้า ซึ่งพบว่า ยาต้านโรคจิตให้ผลการรักษาดีกว่าการรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้า หลังจากนั้นไม่นานยา ก็เข้ามาแทนที่การช็อคด้วยไฟฟ้าอย่างกว้างขวาง และ "เนื่องจากการใช้ยาต้านโรคจิตนั้นจะเห็นผลที่ต้องการภายหลังจากได้รับยาประมาณ 6 สัปดาห์ และจะเกิดผลสูงสุดภายในเวลา 12-18 สัปดาห์ ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวไม่เหมาะสมที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรีบด่วน เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น เช่น รายที่มีการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง , รับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อย , ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยยา , ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผลหรือไม่ปลอดภัย , ผู้ป่วยที่แสดงอาการว่าน่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นและในกรณีที่ต้องส่งอาการของผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เป็นต้น อีกทั้งการใช้ยาต้านโรคจิตในระยะยาวจะทำให้เกิดอัตราเสี่ยงที่สูงขึ้น เช่น เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติชนิดทาร์ดีฟ (tardive dyskinesia) ขึ้น จึงได้มีการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างการช็อคด้วยไฟฟ้ากับการใช้ยาต้านโรคจิตขึ้น ผลปรากฏว่า การรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้าวร่วมกับการใช้ยาต้านโรคจิตจะมีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาแบบใดแบบหนึ่ง

ในระยะเวลา 20 กว่าปีที่ผ่านมา เทคนิคในการทำช็อคด้วยไฟฟ้าก็ได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและได้มาตรฐาน ประกอบกับการใช้ยาต้านโรคจิตในระยะ

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>11</sup>Lehmann, H.E., "Therapeutic results with chlorpromazine (Largactil) in psychiatric conditions," Canadian Medical Association Journal 72(1955): 91-99.

<sup>12</sup>Kaplan, H.I., and Sadock, B.J., Comprehensive Textbook of Psychiatry v, 5th ed. (Baltimore: Williams & Wilkins Co., 1989). p. 1595.

ยาวทำให้มีอัตราเสี่ยงที่สูงขึ้น จึงได้มีผู้พยายามที่จะลดระยะเวลาในการรักษาโดยเว้นช่วงระยะเวลาของการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าให้สั้นลง<sup>13</sup> ในปี ค.ศ. 1966 Blachly และ Gowing ได้ริเริ่มเสนอวิธีการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง (multiple-monitored electroconvulsive therapy: MMECT) ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยชักหลายครั้งภายใต้การให้ยาสลบเพียงครั้งเดียว โดยทำให้ผู้ป่วยชัก 2-6 ครั้ง ห่างกันทุก 3 นาทีทำทุก 2 วัน และมีการให้ออกซิเจน (oxygen) อย่างเต็มที่ตลอดเวลา ขณะทำช็อคด้วยไฟฟ้าก็จะมี การบันทึกคลื่นหัวใจและคลื่นสมอง (EKG และ EEG) ไว้ด้วย ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้สามารถลดการให้ยาสลบ (anesthesia) และจำนวนครั้ง (sessions) ที่ทำการรักษา อีกทั้งยังช่วยลดระยะเวลาในการรักษาให้สั้นลง ได้ผลดี และปลอดภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนควรให้ความสนใจ เพื่อจะได้นำวิธีการดังกล่าวมาใช้ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ในการศึกษาเปรียบเทียบซึ่งมีอยู่เดิมจะเป็นการศึกษาแบบย้อนหลังและยังขาดการควบคุมที่ดี จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบว่ามิผู้ใดได้ทำการวิจัยหรือเปรียบเทียบผลการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งและแบบเดี่ยวในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบผลการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งและแบบเดี่ยวในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นอย่างแน่ชัด และเพื่อให้ผู้ที่อยู่ในวงการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้เลือกวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>13</sup>Blachly, P.H., and Gowing, D., "Multiple monitored electroconvulsive treatment," Comprehensive Psychiatry 7(1966): 100-109.

## วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งและแบบเดี่ยวในผู้ป่วยจิตเภท

## สมมติฐานในการวิจัย

การช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเร็วกว่าการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบเดี่ยว

## ขอบเขตของการวิจัย

1. ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคจิตเภทจากจิตแพทย์และจิตแพทย์จะเป็นผู้เลือกวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมากที่สุด โดยผู้วิจัยจะนำผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้าจากการประเมินของจิตแพทย์มาแบ่งกลุ่มโดยการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของการวิจัยเพื่อป้องกันปัญหาทางจริยธรรม
2. ผู้วิจัยศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภท<sup>14</sup> เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งที่ได้รับผลดีจากการรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้า และยังไม่พบว่า มีผู้ใดได้ทำการวิจัยหรือเปรียบเทียบผลการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งและแบบเดี่ยวในผู้ป่วยจิตเภท<sup>15</sup> อีกทั้งจำนวนครั้งในการรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต้องทำประมาณ 12-20 ครั้ง ซึ่งจำนวนครั้งในการรักษาดังกล่าวจะ

<sup>14</sup> Kaplan, H.I., and Sadock, B.J., Comprehensive Textbook of Psychiatry V, 5: 1676-1677.

<sup>15</sup> Frances, A.J., and Hales, R.E., Review of Psychiatry, Volume 7 (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1988), p. 446



ช่วยให้เห็นความแตกต่างของจำนวนวันที่รับไว้รักษาได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้โรคดังกล่าวยังมีจำนวนผู้ป่วยเพียงพที่จะศึกษาในระยะเวลาที่จำกัดได้

3. เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาทางจิตเวชอย่างอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ยา จิตบำบัดทั้งแบบเดี่ยวและแบบกลุ่ม ตลอดจนนิเวศน์บำบัด (milieu therapy) ดังนั้น สภาวะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายจึงเป็นผลรวม ๆ ของการรักษาทั้งหมด โดยการวิจัยในครั้งนี้ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการรักษาทางจิตเวชแบบอื่น ๆ เหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด และ<sup>16</sup> ยาด้านโรคจิตที่ผู้ป่วยได้รับนั้นพบว่า ยาทุกตัวไม่มีความแตกต่างกันในแง่ของยาด้านโรคจิต (antipsychotic activity) ดังนั้น ยาที่ใช้จึงไม่มีผลกระทบต่อผลการวิจัย

4. การประเมินสภาวะของผู้ป่วยจะประเมินจากแบบทดสอบ<sup>17</sup> Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS โดยมีผู้ตรวจวัด 2 ท่าน คือ ผู้วิจัยและจิตแพทย์อีกหนึ่งท่าน ซึ่งแต่ละท่านจะประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายออกมาเป็นคะแนน จากนั้นจะนำคะแนนของแต่ละท่านที่ให้ในผู้ป่วยแต่ละรายมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินผล ทั้งนี้เพื่อลดความคลาดเคลื่อนหรืออคติ (bias) จากการประเมินผลการรักษา

5. การช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง (multiple electroconvulsive therapy) ซึ่งเป็นการชักภายใต้การใช้ยาสลบครั้งเดียวโดยไม่มีเครื่องควบคุม (monitored) เช่น EKG, EEG แต่จะประเมินผลจากสัญญาณชีพ (vital signs) โดยจิตแพทย์ วิชาญแพทย์ และพยาบาล

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>16</sup> Kaplan, H.I., and Sadock, B.J., Comprehensive Text Book of Psychiatry V, 5 : 1605.

<sup>17</sup> Overall, J.E., and Gorham, D.R., "The Brief Psychiatric Rating Scale," Psychological Reports 10 (1962) : 799-821.

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์เพื่อช่วยยืนยันประสิทธิภาพของการรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งต่อผู้ป่วยในหัวข้อต่อไปนี้คือ

1. ช่วยลดระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล
2. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับเข้าไปอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขโดยเร็ว
3. ช่วยลดปัญหาการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม
4. เป็นแนวทางให้ผู้ที่อยู่ในวงการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้เลือกวิธีการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป
5. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป

### ปัญหาทางด้านจริยธรรม

ไม่มีปัญหาในด้านนี้เพราะแพทย์จะเป็นผู้เลือกวิธีการรักษาตามข้อบ่งชี้ของการทำช็อคด้วยไฟฟ้าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งวิธีการรักษาดังกล่าวจะทำโดยจิตแพทย์ วิศวศัลยแพทย์ พยาบาล ซึ่งมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งได้มีการเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตฉุกเฉินไว้ตลอดเวลาที่ทำการบำบัดรักษา

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งมีประสิทธิภาพดีและมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างรีบด่วน เนื่องจาก การช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นเร็ว อีกทั้งการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบผลแทรกซ้อนที่มีอันตรายต่อผู้ป่วย และในระยะเวลา 4-5 ปีที่ผ่านมาจากประสบการณ์การรักษาโดยการช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้งในผู้ป่วยจำนวนมากกว่า 100 ราย โดย

<sup>18</sup> อาจารย์นายแพทย์เอม อินทกรณ์ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์) นั้น ยังไม่พบผลแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

### คำนิยามที่ใช้เฉพาะในการวิจัย

\*Schizophrenic Disorders ตาม <sup>19</sup> Diagnostic Criteria ของ DSM III-R มีดังนี้

A. ในระยะที่ป่วยจะแสดงอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่างในประการต่อไปนี้

1) Bizarre Delusions คือ มีความหลงผิดแปลก ๆ (เนื้อหาสาระมีลักษณะเฉพาะตัวที่เหลวไหลและไม่มีทางที่จะอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงไปได้เลย) เช่น หลงผิดคิดว่าตนเองถูกควบคุม (delusions of being controlled) , หลงผิดว่าความคิดของตนแพร่ออกไปให้ผู้อื่นรู้ได้ (thought broadcasting) , หลงผิดว่าความคิดที่ไม่ใช่ของตนถูกนำมาใส่ในหัวสมอง (thought insertion) , หลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง (thought withdrawal)

2) เกิดอาการหลงผิดชนิดต่าง ๆ ทางร่างกายคิดว่าตนเองป่วยเป็นโรคทางกายอย่างใดอย่างหนึ่ง (somatic delusion) , หลงผิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญและมีความ

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>19</sup> สัมภาษณ์ เอม อินทกรณ์, อาจารย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 20 พฤศจิกายน 2533.

<sup>20</sup> The American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition Revised) (Washington D.C. : American Psychiatric Association, 1987), pp. 188-193.

สามารถพิเศษ (grandiose delusion) , หลงผิดเกี่ยวกับศาสนาคิดว่าตนเองเลว ชั่ว และทำบาปที่อภัยให้ไม่ได้ (religious delusion) , หลงผิดคิดว่าตนเองและสิ่งรอบ ๆ ตัวตายหมดแล้ว หรือทุกสิ่งทุกอย่างในโลกล้วนไม่มีตัวตน (nihilistic delusion) หรือมีอาการหลงผิดอื่น ๆ โดยไม่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับความเชื่อที่คิดว่า ตนถูกแกล้ง , ถูกทำร้าย (persecutory) หรือหลงผิดคิดว่ามีบุคคลอื่นคอยอิจฉาตน (jealous)

3) อาการหลงผิดชนิดต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับการถูกทำร้าย (persecutory) หรือถูกอิจฉา (jealous) หรือไม่ก็เกิดอาการหลงผิดชนิดต่าง ๆ ตามด้วยอาการประสาทหลอนชนิดไหนก็ได้

4) เกิดอาการประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ทางหูมากซ์วิจารณ์ถึงพฤติกรรมหรือความคิดของผู้อื่นตลอดเวลา หรือเป็นเสียงของคนสองคนหรือหลายคนสนทนากัน

5) เกิดอาการประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ทางหูเสมอ ๆ มีเนื้อหามากกว่าคำสองคำซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าหรือครึกครื้น

6) Incoherent เป็นลักษณะคำพูดที่ไม่ติดต่อกันอย่างมาก , เกิดความคิดที่ปราศจากเหตุผลอย่างมาก หรือคำพูดที่หาสาระมิได้เลย หรือไม่เกี่ยวข้องกับอาการอย่างหนึ่งอย่างใดในประการต่อไปนี้

(a) อารมณ์เฉยเมยหรือไม่สอดคล้องกับเรื่องราวต่าง ๆ (blunted , flat or inappropriate affect)

(b) อาการหลงผิดประสาทหลอนในลักษณะต่าง ๆ

(c) catatonic หรือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เห็นได้ว่าแปรปรวนอย่างมาก

B. ระดับของการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การทำงาน , การเข้าสังคม และการดูแลตนเองเสื่อมโทรมเมื่อเทียบกับระยะก่อนที่จะเจ็บป่วย

C. ระยะเวลา (duration) : ระยะเวลาของการเกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยหกเดือนในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตผู้นั้น และในขณะปัจจุบันก็ยังคงมีอาการแสดงต่าง ๆ บางอย่างของความเจ็บป่วย ช่วงระยะเวลาหกเดือนที่เจ็บป่วยให้รวม active phase ที่แสดงอาการต่าง ๆ ในข้อ A. ไว้ด้วย อาจมีหรือไม่มี Prodromal หรือ Residual Phase

- Prodomal Phase : เกิดความเสื่อมโทรมในหน้าที่การงานอย่างเห็นได้ชัด ก่อนหน้าที่จะเข้าสู่ active phase ของความเจ็บป่วย ทั้งนี้ได้เนื่องมาจากความแปรปรวนของอารมณ์ต่อเนื่องหรือ Substance Use Disorder และก่อให้เกิดอาการอย่างน้อยสองประการดังที่จะได้กล่าวต่อไป

- Residual Phase : เป็นช่วงหลัง active phase ของความเจ็บป่วยมี อาการอย่างน้อยสองอย่างในประการต่อไปนี้ทั้งนี้ได้เนื่องมาจากความแปรปรวนของอารมณ์ต่อเนื่องหรือ Substance Use Disorder

#### Prodomal or Residual Symptoms

- (1) แยกตัวเองหรือเก็บตัวไม่เข้าสังคม
- (2) ขาดประสิทธิภาพในหน้าที่การงาน เช่น เป็นลูกจ้างก็ตี นักศึกษาก็ตี ทำอุตสาหกรรมในครอบครัวก็ตีเกิดความบกพร่องอย่างมาก
- (3) แสดงพฤติกรรมที่ดูประหลาด (เช่น เก็บสะสมขยะมูลฝอย , บุคคลเดียวในที่สาธารณะ , เก็บสะสมอาหาร)
- (4) อนามัยและความเรียบร้อยส่วนตัวเกิดความบกพร่องอย่างมาก
- (5) อารมณ์เฉยเมยหรือไม่สอดคล้องกับเรื่องราวต่าง ๆ
- (6) พูดกวน , เคลือบคลุม , ต่อเติม , อ้อมค้อมหรือลักษณะอุปมาอุปไมย
- (7) มีแนวความคิดแปลก ๆ หรือวิถิตาร (bizarre) หรือมีความคิดในเรื่องเวทมนต์คาถาของวิเศษอำนาจวิเศษ เช่น ถูโชกถูกลาง , บุคคลเมฆแสดงตนเป็นผู้วิเศษ , ไทรจิต , สัมผัสที่ 6 (sixth sense) , "ผู้อื่นล่วงรู้ความรู้สึกของฉันได้" , แนวความคิดต่าง ๆ ที่ฟังชาน , ideas of reference
- (8) มีประสบการณ์การรับรู้ต่าง ๆ ที่ผิดปกติ เช่น แปลกต่าง ๆ ผิดไป , รู้สึกว่ามีพลังหรือบุคคลอยู่ในที่นั้น ๆ ซึ่งจริง ๆ แล้วไม่มี

D. ถ้ามีกลุ่มอาการซึมเศร้า (depressive) หรือคลุ้มคลั่ง (manic) ครบ (criteria A. และ B. of Major depressive or manic episode) อาการดังกล่าวมักจะเกิดหลังอาการวิกลจริตใด ๆ ก็ได้ หรือมีระยะเวลาค่อนข้างสั้นเมื่อเทียบกับระยะเวลาของอาการวิกลจริตต่าง ๆ ในข้อ A.

E. จุดเริ่มของอาการนำหรือ active phase ของความเจ็บป่วยเกิดก่อนอายุ 45 ปี

F. มิได้เกิดเนื่องมาจากความผิดปกติของจิตใจอันเนื่องมาจากสาเหตุทางร่างกาย หรือปัญญาอ่อนแต่อย่างใด

ชนิด (types) : การวินิจฉัยโรคว่าเป็นชนิดใดควรบ่งลักษณะทางคลินิกที่เด่นชัดที่ได้มารับการตรวจหรือเข้ารับการดูแลทางคลินิก

1. Disorganized Type : เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะดังนี้
  - 1.1 มีลักษณะ incoherence เสมอ ๆ
  - 1.2 ไม่มีอาการหลงผิดชนิดต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ
  - 1.3 blunted , inappropriate หรือ silly affect
2. Catatonic Type : เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเด่นประการใดประการหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 2.1 Catatonic stupor (การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและ/หรือการเคลื่อนไหวและกิจกรรมลดลงมาก) หรือไม่พูด
  - 2.2 Catatonic negativism (ไม่เคลื่อนไหวไม่ทำตามคำสั่งหรือความพยายามที่จะจับให้เคลื่อนไหวทุกอย่างซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจน)
  - 2.3 Catatonic rigidity (เมื่อจับให้เคลื่อนไหวก็จะแข็งตัวอยู่ในท่าเดิม)
  - 2.4 Catatonic excitement (คลั่ง , การเคลื่อนไหวไม่มีจุดมุ่งหมายและไม่เกี่ยวข้องกับตัวกระตุ้นจากภายนอกซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจน)
  - 2.5 Catatonic posturing (จงใจสร้างอยู่ในท่าที่ไม่เหมาะสมหรือ bizarre)
3. Paranoid Type : เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเด่นประการใดประการหนึ่งดังต่อไปนี้
  - 3.1 persecutory delusions
  - 3.2 grandiose delusions

3.3 delusional jealousy

3.4 hallucinations ที่มีเนื้อหาในลักษณะกลัวคนทำร้ายหรือใหญ่

เกินตัว

4. Undifferentiated Type : เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะดังนี้

4.1 มีอาการหลงผิดชนิดต่าง ๆ , ประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ , พูดไม่ได้ใจความ (incoherence) เป็นอาการที่เด่นชัดหรือเห็นได้ชัดว่ามีพฤติกรรมที่ไม่เป็นระบบ

4.2 ไม่เข้าหลักเกณฑ์สำหรับโรคจิตเภทชนิดต่าง ๆ ในรายการข้างต้น หรือเข้าหลักเกณฑ์สำหรับโรคจิตเภทมากกว่าหนึ่งชนิด

5. Residual Type : เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะดังนี้

5.1 มีประวัติเป็นโรคจิตเภทอย่างน้อยหนึ่งครั้งร่วมกับอาการวิกลจริตต่าง ๆ อย่างเด่นชัด

5.2 ในเวลาตรวจหรือรับไว้ดูแลทางคลินิกไม่พบอาการวิกลจริตต่าง ๆ ทางคลินิกอย่างเด่นชัด

5.3 ยังพบข้อมูลของความไม่สบายเรื่อยมา เช่น อารมณ์เฉยเมยหรือไม่สอดคล้อง , ถดถอยตนเองออกจากสังคม , มีพฤติกรรมเพี้ยน ๆ , ความนึกคิดปราศจากเหตุผล

โรคจิตเภทแบ่งตามระยะเวลาที่ป่วยได้เป็น 2 ระยะคือ

1. ระยะเฉียบพลัน (acute schizophrenia) : เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนถึง 2 ปี

2. ระยะเรื้อรัง (chronic schizophrenia) : เกิดอาการแสดงต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

\* การช็อคด้วยไฟฟ้าแบบเดี่ยว คือ การรักษาโดยการกระตุ้นให้เกิดการช็อคด้วยไฟฟ้าครั้งเดียว

\* การช็อคด้วยไฟฟ้าแบบหลายครั้ง คือ การรักษาโดยการกระตุ้นให้เกิดการช็อคด้วยไฟฟ้ามากกว่าหนึ่งครั้งขึ้นไป แต่ในที่นี้จะกระตุ้นให้เกิดการช็อคเพียงสองครั้งภายใต้การใช้ยาสลบครั้งเดียว

\* Modified ECT หมายถึง การทำช็อคด้วยไฟฟ้าที่มีการใช้เทคนิคของการใช้ยา  
สลบ (general anesthesia) และการใช้ยาคลายกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) ซึ่ง  
จะก่อให้เกิดความปลอดภัยและไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษา

\* ระยะเวลา (duration) คือ จำนวนวันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลนับตั้งแต่  
เริ่มทำช็อคด้วยไฟฟ้าจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถปรับตัวและกลับเข้าไปอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

\* ครั้ง คือ การผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าไปในสมองและก่อให้เกิดการชัก 1 ครั้ง

\* ครั้ง (session) คือ การผ่านกระแสไฟฟ้าเข้าไปในสมองและก่อให้เกิดการชัก  
มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย